



*Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS*

via Paravicini n. 16 – 23017 Morbegno (So) – C.F. e P.IVA 00539680140  
email: info@casadiriposomorbegno.it – pec: [ambrosettiparavicini@pec.it](mailto:ambrosettiparavicini@pec.it)  
telefono: 0342 604011 – fax: 0342 604030

## **Modulo D**

# **Cure Intermedie - Centro "Ri.Pre.S.A."**

**D.G.R. X/3383 del 10/04/2015 – Decreto 3419 del 30/04/2015**

### **SERVIZIO DI LAVANDERIA BIANCHERIA PERSONALE**

#### **ADDEBITO DIRETTO SEPA (SDD)**

La Fondazione offre un servizio alberghiero di ritiro, lavaggio, stiratura e consegna della biancheria personale degli Utenti (intimo e vestiario) presso le stanze di degenza.

Per usufruire del servizio risulta obbligatoria l'etichettatura degli indumenti previsti dal corredo indicativo di seguito descritto.

L'importo del servizio è di € 50,00 ogni 15 gg. o frazione che saranno calcolati al momento della dimissione dal Centro "Ri.Pre.S.A."

Il pagamento viene effettuato con addebito diretto tramite SEPA (SDD) compilando il modello di autorizzazione allegato e di seguito riportato.

#### **CORREDO INDICATIVO**

Biancheria intime	Pigiama o tutoni o camicie da notte
Presidi assorbenti se in uso	Ciabatte o pantofole
Calze	Scarpe comode per fisioterapia
Magliette o golfini	Tute in alternativa a maglioni, pantaloni / gonne
Pantaloni comodi	Fazzoletti o fazzoletti di carta

**Non devono essere inseriti nel corredo capi delicati e/o che prevedono un lavaggio a mano oppure a secco.**

Tale elenco è indicativo della quantità necessaria ad una permanenza presso il Centro Ri.Pre.S.A.

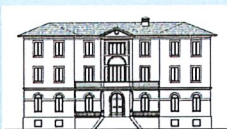
Si consiglia di limitare gli indumenti di lana, pelle e con applicazioni particolari (ad esempio pailettes, ecc.)

**All'ingresso dell'Utente, o in caso di reintegro, tutti i capi dovranno essere consegnati al personale per essere contrassegnati con etichette che riportano NOME COGNOME e N.° DI CAMERA.**

**Al fine di evitare lo smarrimento è importante che ogni capo sia etichettato prima di essere riposto nell'armadio o indossato dall'Ospite.**

La Fondazione non si ritiene responsabile dello smarrimento degli indumenti nel caso in cui la rintracciabilità è impossibilitata, a causa dalla mancata osservanza della procedura sopra descritta.

**Mandato per  
addebito diretto SEPA Core**



**Fondazione Casa di Riposo  
Ambrosetti Paravicini - ONLUS**

via Paravicini n. 16 - 23017 Morbegno (So)  
Codice Fiscale e Partita IVA 00539680140

C O D I C E F A S C I C O L O C B A

Riferimento del mandato (da indicare a cura del Creditore)

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (\*) sono obbligatori.

**Dati relativi al Debitore**

Nome e Cognome\* \_\_\_\_\_  
*Nome e Cognome del debitore*

Indirizzo \_\_\_\_\_  
*Via e numero civico*

Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Codice Avviamento Postale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_  
*Codice Fiscale del Debitore*

IBAN\* \_\_\_\_\_  
*IBAN del titolare del conto corrente*

**Dati relativi al Sottoscrittore (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Dati relativi al Creditore**

Ragione Sociale del Creditore\* Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini ONLUS

Cod. identificativo\* I T 2 8 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 5 3 9 6 8 0 1 4 0  
*Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*

Sede Legale\* Via Paravicini n. 16  
*Via e numero civico*

Morbegno \_\_\_\_\_ Provincia S O Codice Avviamento Postale 2 3 0 1 7  
*Località*

**Tipologia di pagamento\***  Ricorrente  Singolo addebito

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Morbegno, lì \_\_\_\_\_  
*Luogo Data di sottoscrizione\**

\_\_\_\_\_  
*\*Firma/e*

*Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.*